

生活援助中心型サービスが規定回数を超える場合の届出書

フリガナ										
被保険者氏名	被保険者番号									
	要介護度 要介護 1・2・3・4・5									
生年月日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女				
生活援助の月延べ回数	回	訪問介護事業所名								
厚生労働大臣が定めた規定回数を超える訪問介護が必要な理由										
添付書類	<input type="checkbox"/> 基本情報 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1～7表) <input type="checkbox"/> アセスメント表 <input type="checkbox"/> 訪問介護計画書の写し									
<p>(あて先) 山形市長</p> <p>生活援助中心型訪問介護が厚生労働大臣の定める回数以上に居宅サービス計画に位置付ける必要がある為、上記の通り届け出ます。</p> <p>年 月 日</p> <p>居宅介護支援事業所名称 _____</p> <p>所在地 _____</p> <p>電話番号 _____</p> <p>介護支援専門員氏名 _____</p>										

※本届出書は居宅サービス計画を作成又は変更した月の翌月末までに提出してください。